

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

FRANÇOIS CHASSAGNAC

Externe des Hôpitaux

Né à Saint-Viance (Corrèze), le 5 Décembre 1900

ECTOPIE CARDIAQUE

ACQUISE

(Sinistrocardie par attraction)

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

FRANÇOIS CHASSAGNAC

Externe des Hôpitaux

Né à Saint-Viance (Corrèze), le 5 Décembre 1900

ECTOPIE CARDIAQUE ACQUISE

(Sinistrocardie par attraction)

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	N...
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	N...
Clinique médicale.	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgi- cale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIÉSSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER	Histologie.
--------------------	-------------

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGREL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale in- fantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE V. CHASSAGNAC

A M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

PROFESSEUR DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

*En témoignage de notre reconnaissance
pour l'honneur qu'il a bien voulu
nous faire, en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR MONIER-VINARD

MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage :

M. LE PROFESSEUR GILBERT.

M. LE DOCTEUR ARROU

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CASTAIGNE.

Externat :

M. LE DOCTEUR HALLOPEAU (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIROLOIX.

M. LE DOCTEUR MONIER-VINARD

M. LE DOCTEUR MOUCHET.

M. LE DOCTEUR GUINON.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LELORIER.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. DE JONG.

Introduction

La constatation d'une ectopie cardiaque acquise a bien souvent incité les observateurs à en faire la publication.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. Monier-Vinard, à l'hôpital Andral, une malade présentant une ectopie cardiaque acquise (sinistocardie postérieure). Le degré extrême de cette ectopie nous a engagés à rechercher dans la littérature médicale divers autres cas analogues.

Il semble que l'attention des auteurs ait surtout été attirée par des dextrocardies acquises. En effet, les cas signalés de sinistocardie sont fort rares. Pourtant, les dextrocardies acquises ont la même étiologie que les sinistocardies, survenant généralement à la suite de sclérose pleuro-pulmonaire le plus souvent d'origine tuberculeuse. Et il n'y a pas de raison pour que les scléroses pleuro-pulmonaires soient plus fréquentes à droite qu'à gauche.

Grâce à l'obligeance de M. le Dr Monier-Vinard que nous tenons à remercier et assurer de notre reconnaissance au début de ce travail, nous publions l'observation de cette malade. Nous y joignons les quelques observations que nous avons pu retrouver : une

observation de M. le Professeur Chauffard, de M. Variot, de M. Galliard et de M. Constantinesco et Guirra. De plus, nous avons pu avoir le résumé de deux observations étrangères.

La bibliographie est donc très réduite et les auteurs classiques mentionnent à peine cette sorte d'ectopie cardiaque acquise.

Malgré tout nous avons essayé de dégager de ces quelques observations quelques notions sur l'étiologie de cette affection due presque toujours à des scléroses pleuro-pulmonaires ; quel en était le mécanisme ? et au point de vue clinique quel était l'avenir de tels malades ?

Observation clinique (M. Monier-Vinard et Alibert)

Mme A..., âgé de 48 ans, a contracté la rougeole à l'âge de quatre ans. Depuis cette époque, elle est restée une tousseuse ayant de fréquentes poussées de bronchite avec expectoration abondante sans que l'état général soit jamais gravement touché. Aucun des examens de l'expectoration pratiqués au cours de ces dernières années n'a montré de bacille de Koch. A cet égard nos propres recherches ont été également négatives.

Au cours de l'enfance et de l'adolescence se sont produites à quatre reprises des crises de rhumatisme articulaire aigu ayant nécessité l'hospitalisation. On n'aurait pas alors constaté de lésions cardiaques. Ce n'est qu'à l'âge de 36 ans (en 1914) qu'elle a ressenti pour la première fois des crises de palpitations qui, par la suite, sont devenues très fréquentes.

En 1917, la malade a fait une hémoptysie de sang rouge, puis noir, vraisemblablement due à un infarctus.

En 1920, se produisit un ictus brusque suivi d'une hémiplégie droite avec aphasie dont il ne persiste actuellement que des séquelles légères.

Ce serait en 1918 que, pour la première fois, à l'occasion d'une hospitalisation à Tenon, on aurait constaté le déplacement considérable du cœur vers la gauche.

Rien d'autre à signaler dans les antécédents : la malade n'a jamais eu d'œdèmes ni présenté d'insuffisance cardiaque.

Examen de la malade :

L'hémithorax gauche semble avoir perdu partiellement sa mobilité. Les espaces intercostaux sont plus élargis que normalement et leur déplacement dans les mouvements respiratoires ont un peu moins d'ampleur que du côté opposé. On ne perçoit pas le cœur dans sa situation habituelle : la zone précordiale est sonore ; on ne sent pas le choc du cœur et les bruits orificiels ne sont perçus que très faiblement.

Par contre, en arrière, il existe une zone de matité franche avec résistance au doigt, occupant toute la base de l'hémithorax gauche, remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate et se poursuivant dans la région axillaire.

Dans toute cette zone de matité, on constate un silence respiratoire presque absolu avec conservation de vibrations vocales.

A trois travers de doigt au-dessous et en dehors de la pointe de l'omoplate, en pleine matité, on perçoit le choc du cœur et au même endroit un frémissement cataire accompagné, à l'auscultation, d'un roulement diastolique.

Les bruits du cœur arythmiques et irréguliers sont entendus dans toute la surface mate postérieure sans qu'il y ait un point où s'entende électivement le bruit systolique et le bruit diastolique.

Tous ces signes sont fixés ; les changements de position n'amènent aucune modification de la forme de la matité ni du choc cardiaque.

Une ponction exploratrice de la base gauche fut pratiquée à 2 reprises. Elle ne ramena, chaque fois, que 1 à 2 cm³ d'un liquide jaunâtre un peu louche, renfermant quelques lymphocytes, des placards endothéliaux, mais pas de germes. Fait intéressant, l'aiguille traversait des tissus épaissis et extrêmement indurés.

Enfin, l'examen radioscopique et la radiographie ont confirmé pleinement les constatations cliniques.

L'ombre cardiaque est située tout entière dans l'hémithorax gauche, le bord droit du cœur étant tangent au bord gauche du rachis. La pointe a subi une déviation considérable à gauche et en arrière et l'espace clair rétro-cardiaque a disparu. Les vaisseaux de la base ont été attirés vers la gauche. L'hémi-diaphragme gauche est à peine visible.

Des autres constatations cliniques nous ne retiendront que deux faits : la déformation hippocratique des doigts, signature des lésions pulmonaires anciennes et l'absence d'œdème et de gros foie.

En résumé : Déviation considérable du cœur à gauche et en arrière, chez une femme ayant présenté dans ses antécédents, d'une part, une affection pulmonaire chronique, datant de l'enfance, d'autre part, des crises répétées de rhumatisme articulaire aigu suivies de lésions cardiaques que révélèrent tardivement une embolie pulmonaire et une embolie cérébrale.

M. H., 1 déc. 1916.

Sinistocardie par attraction (par M. L. Galliard)

Obs. — Femme âgée de 53 ans, arrivée à l'hôpital en pleine asystolie : orthopnée, tachycardie, arythmie, œdème des membres inférieurs. L'auscultation du poumon droit permet de constater des râles fins sur tout le côté et même au delà du bord gauche du sternum. C'est en vain qu'on cherche à ausculter le poumon gauche : on ne découvre qu'un peu de respiration soufflante au-dessous de la clavicule.

Le cœur est complètement refoulé à gauche. La pointe bat au bord postérieur de l'aisselle, pas loin de l'angle inférieur de l'omoplate. Les bruits du cœur sont perçus dans l'aisselle et à la région dorsale beaucoup mieux qu'en avant.

Pas de déformation apparente du thorax.

Aucun renseignement sur les antécédents.

Autopsie. — Poumon droit hypertrophié. Ne contenant pas de tubercule. Déborde la ligne médiane, s'avance jusqu'à deux travers de doigt au bord gauche du sternum. Adhérent au péricarde qu'il recouvre en partie.

Le péricarde et son contenu sont complètement refoulés à gauche. Pas de symphyse cardiaque. La cavité péricardique renferme un peu de sérosité. Dilatation du cœur. Les gros vaisseaux de la base ont suivi le cœur dans sa migration.

Après avoir rompu les adhérences pleuro-péricardiques et enlevé le cœur et les gros vaisseaux on découvre le poumon gauche emprisonné dans une plèvre épaisse et retenu par d'intimes adhérences au sommet du thorax, si bien qu'on ne peut l'extirper sans déchirure. Il est réduit à l'état de moignon absolument imperméable à l'air et manifestement sclérosé.

M. H., 17 avril 1911.

Bruit de tic-tac synchrone aux battements du cœur chez une jeune fille, atteinte de tuberculose pulmonaire avec excavation dans le poumon gauche et déplacement considérable du cœur à gauche. (Par MM. Variot et H. Dumont).

Angeline P..., vingt-deux ans.

Père rhumatisant, asthmatique ; mère bien portante ; une sœur est morte à trente-deux ans, d'une affection cardiaque ; un frère est aliéné ; un autre tousse depuis longtemps.

A cinq ans : la coqueluché ; à six ans, scarlatine. Excellente santé jusqu'à 12 ans. A cette époque, bronchite aiguë, elle tousse, elle a de la fièvre, garde le lit pendant un mois. Deux ans après, elle a une pleurésie du côté gauche. A dix-neuf ans, nouvelle poussée de bronchite, avec fièvre, dont elle ne gué-

rit pas, car elle n'a pas cessé de tousser, travaillant seulement par intervalles. En janvier 1911, elle est de nouveau obligée de s'aliter ; elle a de la fièvre, elle tousse, crache abondamment, transpire la nuit, maigrit, perd ses forces.

A son entrée, nous constatons sur son thorax un notable *affaissement* de la paroi thoracique à gauche, au-dessous de la clavicule. Au niveau des 1^{er}, 2^e, 3^e espaces intercostaux, on observe une légère ondulation en rapport avec les battements du cœur, que l'on perçoit nettement à la palpation. Pas de circulation veineuse collatérale.

En arrière, à gauche, submatité au sommet, matité à la base depuis l'angle inférieur de l'omoplate. En arrière, à droite, légère submatité au sommet. La matité cardiaque dépasse largement la région précordiale, s'étend à gauche sous la ligne axillaire et va se confondre en arrière avec la matité de la base gauche. Pointe du cœur bat dans le 4^e espace intercostal.

A l'auscultation, on entend au-dessus de la pointe un léger murmure systolique, d'intensité variable ; aucun bruit anormal à la base.

Pas de fièvre. Crachats abondants, épais, jaunes, verdâtres, B. K. positifs.

A l'auscultation, à gauche, on perçoit un bruit à sonorité métallique, également perçu à distance, ayant le son du bruit du tic-tac d'une grosse montre synchrone aux battements de cœur.

Radiographie. — Diaphragme gauche soulevé de façon permanente, plus haut que le droit de 2 à 3 cm.

L'opacité à gauche est telle qu'il est impossible de distinguer la limite de l'ombre du cœur qui se confond avec le parenchyme pulmonaire.

Cependant on peut affirmer que le cœur a été tiré à gauche par des adhérences car on n'aperçoit pas d'ombre à droite du rachis correspondant à l'oreillette droite.

Symphyse pleuro-pulmonaire et sclérose du lobe supérieur du poumon gauche. Symphyse péricardique. Traction vers la gauche des gros vaisseaux de la base du cœur (sinistocardie). (A. Chauffard, 14 fév. 1902).

Malade chez qui l'on constate nettement un syndrome très spécial de sclérose du lobe supérieur du poumon gauche avec symphyse complexe unissant par soudure intime la plèvre pariétale gauche, le poumon, le médiastin, la face externe du péricarde, les deux feuillets internes de cette séreuse, et ayant comme conséquence une traction excentrique vers la gauche des gros vaisseaux, aorte et surtout artère pulmonaire.

L..., jeune homme de vingt-et-un ans assez pâle et d'aspect chétif.

Mère morte phthisique et lui-même a été atteint,

vers l'âge de dix ans, d'une fluxion de poitrine grave, sur le siège et la nature de laquelle il ne peut donner aucun renseignement. Depuis lors, il reste court d'haleine et présente facilement de la dyspnée d'effort.

Il y a un an, après avoir rendu pendant deux jours des crachats striés de sang, L... commence à souffrir de crises douloureuses cardiaques. Ces crises, qui sont devenues de plus en plus fréquentes, se produisent surtout pendant la période digestive ou à l'occasion d'un travail fatigant. Elles sont constituées par une douleur précordiale angoissante, accompagnée de palpitation et de dyspnée et qui s'irradie vers la clavicule et l'épaule gauche, sans descendre jusqu'au bras. Dans l'intervalle des crises, toux pénible, expectoration muco-purulente, dyspnée d'effort.

L'examen physique du malade donne les résultats suivants : Thorax asymétrique, un peu oblique ovalaire, déprimé surtout au-dessous de la clavicule gauche. Périmètre de l'hémithorax gauche, 39 centimètres, de l'hémithorax droit 40 c. $\frac{1}{2}$.

Lobe supérieur du poumon gauche :

En avant submatité, expiration prolongée, exagération des vibrations vocales ; en arrière, submatité sus et sous-épineuse, inspiration soufflante, expiration prolongée, bronchophonie, transmission nette des bruits cardiaques ; pas de craquements, ni de râles. La recherche faite, à plusieurs reprises, du bacille de Koch dans les crachats est négative.

En examinant la région précordiale, on constate l'existence d'une série de signes qui permettent de reconnaître une symphyse cardiaque avec médiastinite scléreuse ; ondulation pariétale au-devant du cœur, de haut en bas, avec mouvement de roulis et retrait systolique apexien ; fixité absolue de la matité cardiaque qui n'est pas augmentée dans sa superficie, mais se limite à gauche par une courbe avec encoche analogue à l'encoche de Sibson ; pouls paradoxal de Kussmaül, très facilement appréciable sous le doigt et sur les sphygmogrammes.

De plus, on constate que l'aire de matité des gros vaisseaux de la base déborde, à gauche, le rebord sternal de 5 centimètres environ et la main appliquée à ce niveau perçoit une double sensation très nette, un *choc systolique* et un *claquement* diastolique, le tout paraissant se produire dans le tronc même de l'artère pulmonaire. Quand le malade est debout ou penché en avant, il semble vraiment qu'on ait directement sous la main les pulsations de l'artère pulmonaire.

L'auscultation cardiaque ne révèle qu'un éclat dur et un peu retentissant des bruits, soit à la mitrale, soit au niveau des foyers de la base.

Intégrité des autres organes.

Radioscopie (M. Béclère). Sclérose du sommet gauche.

Image pulmonaire gauche moins étendue en hauteur et en largeur que la droite.

Diaphragme gauche plus haut que le droit et moins mobile.

Dans les grandes inspirations le médiastin se déplace tout entier du côté gauche et avec lui le cœur qui se trouve alors entièrement compris dans l'hémithorax gauche.

Il y a traction nette vers la gauche des gros vaisseaux principalement de l'artère pulmonaire.

Sur deux cas de sinistrocémie acquise et permanente chez l'adulte (Par MM. C. D. Constantinesco et Guira).*

Obs. I. — Le soldat C. C., du 22^e régiment d'infanterie, classe 1918, est entré dans notre service de l'hôpital militaire « Regina Elisabeta », le 3 mars 1920. Mobilisé, il fut blessé au début de la guerre ; pendant l'hiver de 1917-1918, il a contracté le typhus exanthématique. C'est à la suite de cette dernière maladie qu'il a commencé à tousser. Il présentait, pendant quelques mois, un état général mauvais. L'été de 1919, après une marche longue et fatigante, il fut pris d'un violent point de côté dans la partie gauche de la poitrine qui a duré 3 semaines. Il a été exempté de service. Comme il avait maigri et toussait beaucoup, on l'a évacué au mois d'août à l'hôpital militaire de Bucarest.

Rien d'important dans les antécédents hérédocolatéraux. Il tousse et expectore beaucoup. Ex-

pectoration purulente, très abondante. Se plaint de la fatigue produite par la toux et de la dyspnée qui lui survient après les efforts et surtout après les marches un peu prolongées. Pas de fièvre. Respiration 32 à la minute. Rien d'anormal du côté du poulx et de la tension artérielle. De constitution robuste.

A l'examen du thorax, on trouve :

Au sommet droit, une légère submatité, respiration rude et quelques râles ronflants, surtout dans les fosses sus et sous-épineuses ; à gauche : de la submatité au sommet et de la matité au-dessous sur toute l'étendue de l'hémithorax. De ce côté-ci, les vibrations sont exagérées jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, et il existe une bronchophonie et une pectoriloquie aphonie manifeste. Sur toute l'étendue de l'hémithorax gauche, on entend des gargouillements. La cuti-réaction est positive. Dans les crachats, après plusieurs examens, on a trouvé des bacilles de Koch.

On voit et on sent les battements du cœur dans le quatrième espace intercostal gauche, en haut et en dehors du mamelon, vers la ligne axillaire antérieure. A la percussion, la matité précordiale ne commence à droite que sur le bord gauche du sternum et se confond sur tous les autres points avec la matité du thorax.

A l'examen radioscopique, l'image cardio-aortique ne se dessine qu'avec difficulté dans l'examen antérieur et postérieur, à cause de la grande obscu-

rité du champ pulmonaire correspondant, qui, surtout vers le sommet, a l'aspect tacheté par la juxtaposition de taches foncées et de points plus clairs. Pourtant, en faisant varier la dureté des rayons, on arrive à dissocier l'ombre cardiaque, qui est tout entière située à gauche ; on remarque la projection de la colonne vertébrale, dont on distingue assez bien les disques intervertébraux.

De l'examen oblique antérieur droit et oblique postérieur gauche (à 60°), on se rend mieux compte que, dans l'oblique postérieur droit de l'image cardio-aortique, qui est encore aussi un peu plus rapprochée de la paroi costale antérieure et dont la forme et la taille ne sont pas nettement différentes de la normale.

L'espace retro-cardio-aortique (l'espace clair médian de Beclère) qui correspond à la projection du médiastin postérieur est libre surtout dans son tiers supérieur et inférieur. Pas de déplacements de l'ombre cardiaque et médiastinale pendant les inspirations profondes.

L'hémi-diaphragme gauche est sur le même plan que le droit et ses mouvements sont très limités. On ne remarque pas l'espace clair cardio-diaphragmatique pendant les inspirations profondes. Le sinus costo-diaphragmatique est complètement opaque. On ne distingue que difficilement les pulsations du cœur. Le champ pulmonaire droit est un peu plus transparent et le sinus costo-diaphragmatique de ce côté est élargi. Les ganglions péri-bronchiques sont hypertrophiés.

Obs. II. — Le soldat P. S., du 10^e régiment d'obusiers, est entré dans notre service, le 17 mars 1920. Classe 1919, il n'a pas fait la campagne. Rien d'important dans ses antécédents hérédo-collatéraux.

Prétend être malade depuis très longtemps, ne souffrant que d'une toux persistante, plus fréquente depuis quelques mois. N'a jamais eu de point de côté et ne se rappelle pas avoir gardé le lit.

Le malade est assez bien constitué. Il présente une légère scoliose avec convexité à gauche, et le thorax est un peu plus aplati du même côté, avec une légère atrophie des muscles de la région pectorale et de ceux de la région dorsale.

A l'examen des poumons, nous trouvons, au sommet droit, légère submatité, inspiration rude et expiration prolongée ; à gauche, de la submatité au sommet et une matité prononcée au-dessous. Sur toute l'étendue de cet hémithorax, excepté à la base, la respiration est diminuée, et pendant la toux on entend un bruit de frottement rude présentant un timbre particulier.

Les vibrations sont exagérées et à l'auscultation on entend de la bronchophonie et de la pectoriloquie aphone. A la base, nous trouvons un souffle et des râles caverneux.

A l'inspection du malade, on remarque que la partie inférieure du larynx et la portion correspondante de la trachée sont déviées à gauche, ce dont on peut mieux se rendre compte par la palpation. De même, on remarque des soulèvements rythmi-

ques dans le quatrième espace intercostal gauche, sur la ligne médio-axillaire, s'étendant sur plusieurs espaces. On ne sent aucun frémissement.

A la percussion de la région précordiale, le bord droit de la matité répond au bord gauche du sternum, les autres parties se confondent avec la matité du thorax.

L'auscultation permet d'entendre au niveau du centre de battements les deux bruits du cœur.

L'examen radioscopique du thorax nous a donné le même résultat que celui pratiqué dans les cas précédents, à part un obscurcissement de la projection de la colonne vertébrale sur une petite portion située vers le bas et à gauche.

Le malade tousse et expectore beaucoup. La cuti-réaction à la tuberculine a été positive. Bacille de Koch dans les crachats. Pas de fièvre. Pouls normal. T. A. Mx = 16 ; Mn $\times$ 26 1/2 (Pachon). Respiration est à 40.

SCHUCHARDT. — (*Archiv. f. path. anat. Revue de Hagem*, 1887).

Autopsie d'un homme de 28 ans dont le poumon droit remplissait presque tout le thorax. Le cœur hypertrophié était refoulé à gauche et en bas. Le poumon gauche, accolé contre les vertèbres, atélectasié, réduit au volume du poing, était emprisonné dans des adhérences pleurales anciennes ; on y trouvait

de la pneumonie fibreuse avec bronchectasie. La mort fut attribuée à une pneumonie du côté droit. Jusqu'alors, le sujet n'avait jamais accusé la moindre gêne respiratoire.

D'après l'auteur, il ne s'agit pas d'une altération datant de la période fœtale ; c'est après la naissance qu'est survenue la pleurésie suivie d'atélectasie.

DAWIES. — (Soc. roy., Londres).

Femme âgée de trente-trois ans qui présentait les signes de tuberculose des deux sommets avec une caverne de la base gauche.

La pointe du cœur battait à la paroi postérieure du thorax, immédiatement au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate.

A la partie supérieure du creux axillaire, on percevait un thrill systolique.

Etiologie

Quelques auteurs ont voulu rattacher la sinistocardie à un vice de développement congénital du poumon gauche.

C'est ainsi que Ratjen (Virchows' Archiv 1867) a fait l'autopsie d'un homme de 49 ans chez qui le poumon droit était énorme, le médiastin complètement refoulé à gauche avec adhérence du péricarde à la paroi costale. Le poumon gauche, logé au sommet du thorax, bilobé, absolument rudimentaire, offrait une surface lisse : pas de lésions pleurales. L'auteur admet dans ce cas une atrophie congénitale du poumon gauche et y rattache le déplacement du médiastin vers la gauche.

Ces cas de sinistocardie par lésion congénitale du poumon gauche sont excessivement rares.

Ce sont, en réalité, les lésions pulmonaires qui paraissent au premier plan dans l'étiologie de la sinistocardie.

Dans tous les antécédents des malades dont nous publions les observations, nous retrouvons des antécédents pulmonaires marqués.

Dans le cas de M. le P. Chauffard, c'est un jeune homme de 21 ans, tuberculeux ancien, présentant une symphyse pleuro-pulmonaire avec sclérose du lobe supérieur du poumon gauche et, en outre, une symphyse péricardique.

La malade présentée par M. Variol est une jeune fille atteinte de tuberculose pulmonaire avec excavation dans le poumon gauche.

L'autopsie du malade de M. Galliard a montré un poumon gauche réduit à l'état de moignon emprisonné dans une plèvre épaisse et retenu par d'intimes adhérences au sommet du thorax.

Les deux malades de MM. Constantinesco et Guirra ont vu survenir une sinistrocardie postérieure pendant l'évolution d'une pleuro-pneumonie chronique gauche de nature tuberculeuse.

Enfin, dans les antécédents de la malade de MM. Monier-Vinard et Alibert, on note une affection pulmonaire chronique datant de l'enfance, à la suite d'une rougeole à quatre ans. Cette malade a présenté de fréquentes poussées de bronchites. En corrélation avec cette affection pulmonaire il existe une déformation hippocratique des doigts apparus dès l'enfance.

Notons que ces lésions pulmonaires datent très souvent de l'enfance et peut-être le jeune âge serait-il en cause dans la détermination d'un tel déplacement.

Sans repousser l'hypothèse qui la rattacherait aux vices de développement du poumon gauche, nous la

plaçons d'une façon générale sous la dépendance de lésions pulmonaires acquises. Pleurésie sèche, symphyse et surtout sclérose pleuro-pulmonaire souvent d'origine tuberculeuse.

Pathogénie

Comment se produisent cette attraction et le déplacement du cœur?

Dans l'observation de M. Galliard l'autopsie a montré un poumon droit hypertrophié, débordant la ligne médiane, s'avancant jusqu'à deux travers de doigt au bord gauche du sternum, adhérent au péricarde qu'il recouvre en partie et M. Galliard conclut en disant que la sinistrocémie a toujours comme corollaire l'hypertrophie du poumon droit.

Le professeur Bard, de Genève, envisageant la pathogénie et le mécanisme de diverses ectopies cardiaques, tout particulièrement des dextrocardies acquises, admet la relation qui existe entre la dextrocardie et le vide créé dans l'hémithorax droit par la rétraction du poumon emprisonné dans les adhérences pleurales, mais attribue le refoulement du médiastin à l'hypertrophie compensatrice du poumon gauche. Peut-on envisager la même hypothèse pour la sinistrocémie et donner une très grande importance au rôle joué par l'hypertrophie du poumon droit. Cette hypertrophie compensatrice du poumon droit

peut y contribuer, mais elle n'en est nullement le facteur principal.

En réalité, pour M. Galliard, ce qui est important dans l'amoindrissement de l'hémithorax, c'est la rétraction du poumon atélectasié et sclérosé.

Cette rétraction pulmonaire a pour résultat banal la rétraction du gril costal (opérés d'empyème) pour résultat exceptionnel la déviation du médiastin. Parfois les deux choses se produisent simultanément. De nombreuses observations de dextrocardie acquises en font foi (Fernet, Moulard, Martin, Macaigne et Girard).

Lorsque l'attraction du médiastin ne se produit pas elle peut être remplacée par l'attraction du diaphragme (Macaigne et Girard).

Cette pathogénie, bien vue par les auteurs, pour les dextrocardies acquises est également applicable aux sinistrocardies par attraction, qui serait due par conséquent au vide de l'hémithorax résultant des lésions pulmonaires, vide que ne vient remplir ni l'ascension de la coupole diaphragmatique ni la rétraction du gril costal.

C'est surtout les scléroses pleuro-pulmonaires qu'il faut incriminer.

Une déviation cardiaque ne devient rarement définitive lorsqu'il y a un simple refoulement du cœur par un épanchement pleural. La déviation n'est, en général, que momentanée et le cœur revient en place lorsque le liquide disparaît par résorption spontanée, à la suite d'une ponction. Cependant lorsque la

pleurésie aboutit à une symphyse, il se produit une rétraction et le cœur est dévié du côté où siégeait jadis l'épanchement et MM. Chalin et Rebattu écrivaient dans *Paris Médical*, 1912 : « C'est surtout dans les formes lentes, dans les épanchements bien tolérés, à évolution torpide, d'origine tuberculeuse le plus souvent que peuvent se produire les déviations définitives permanentes, par suite de la formation de fausses membranes, d'adhérences qui immobilisent et fixent le cœur en situation vicieuse. Et tandis que les ectopies cardiaques consécutives au refoulement du cœur par un épanchement pleural sont souvent temporaires, celles qui sont dues à des lésions pleuro-pulmonaires sont définitives ».

On trouve alors une plèvre épaissie. Parfois les lésions pulmonaires prédominent, comme dans l'observation de M. Galliard.

Maintenant, pourquoi les désordres mécaniques dont la pathogénie paraît si évidente font-ils si souvent défaut ?

C'est ainsi que M. Galliard, en 1894, a examiné un malade âgé de trente-cinq ans, atteint de sclérose pleuro-pulmonaire totale, d'origine tuberculeuse du côté gauche, avec intégrité du poumon droit et ne s'accompagnant ni de déplacement du cœur, ni déformation thoracique, ni d'attraction du diaphragme. Et, à la suite de cette observation, M. Galliard se demande : « Sera-t-il jamais possible de différencier, au point de vue anatomo-pathologique, les scléroses pulmonaires rétractiles ? S'agit-il d'une forme spé-

ciale ou n'est-ce qu'une question de degré dans l'importance des lésions !

Quoi qu'il en soit, attraction des côtes, attraction du médiastin, attraction du diaphragme. Telles sont, isolées ou associées, les conséquences de certaines scléroses pleuro-pulmonaires totales, unilatérales, avec intégrité du poumon opposé ! »

Peut-être, par ailleurs, le jeune âge est-il une cause de détermination d'un tel déplacement. En effet, les malades de MM. Monier-Vinard, Chauffard, Variot, présentent une affection pulmonaire datant de l'enfance.

Symptomes, Pronostic

Le cœur a son siège dans la moitié gauche du thorax et son diamètre longitudinal forme avec l'axe longitudinal un angle qui varie entre 45 et 50°.

Dans les diverses observations, nous voyions par la radioscopie le cœur entièrement compris dans l'hémithorax gauche (Chauffard, Monier-Vinard) l'ombre normale de l'oreillette droite, à droite du rachis, a disparu (Variot) et on peut remarquer la projection de la colonne vertébrale dont on distingue les disques intervertébraux (Constantinesco). La pointe a subi une déviation considérable à gauche et en arrière et l'espace clair rétro-cardiaque disparaît. Enfin les vaisseaux de la base sont fortement attirés vers la gauche. Le cœur est donc attiré en masse, conservant son orientation normale, son grand axe étant dirigé de haut en bas et de droite à gauche.

Les troubles amenés par ces déplacements du cœur ne se manifestent pas tous d'une façon également appréciable.

La constatation de battements et de soulèvements en des points où normalement on ne trouve rien,

l'absence des bruits du cœur à leur siège ordinaire et leur présence dans une nouvelle région pourraient être quelquefois les seuls phénomènes appréciables pour le malade et le médecin.

L'inspection montrera parfois un notable affaissement de la paroi thoracique gauche (obs. de M. Variot et Chauffard) ou bien une perte partielle de sa mobilité (obs. de M. Monier-Vinard).

On ne perçoit plus le cœur dans sa situation habituelle. La pointe est sentie au bord postérieur de l'aisselle, près de l'angle inférieur de l'omoplate (obs. de M. Galliard).

L'observation de M. Monier-Vinard offre un exemple des plus typiques puisque la zone précordiale est sonore, qu'on ne sent pas en avant le choc du cœur et que les bruits orificiels ne sont perçus que très faiblement.

Par contre, en arrière, matité franche, remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate et se poursuivant dans la région axillaire. En pleine matité à trois travers de doigt au-dessous et au dehors de la pointe de l'omoplate on perçoit le choc du cœur.

Les gros vaisseaux subissent aussi cette attraction comme l'a montré la radioscopie. C'est ainsi que, dans le cas de M. Chauffard, la matité déborde de 5 cm. le bord gauche du sternum.

Ce qui mérite l'attention, c'est, dans certains cas, la remarquable adaptation fonctionnelle du cœur à un tel déplacement. La malade de M. Monier-Vinard, malgré une lésion mitrale avec arythmie per-

sistante, a fait de fréquentes poussées de bronchites, une congestion pulmonaire assez grave sans œdème et sans gros foie.

Malgré tout, dans certains cas, le malade pourra se plaindre de palpitations survenant à divers moments, soit au repos, soit provoquées par l'exercice. D'autres fois ces palpitations peuvent s'accompagner d'anxiété précordiale. Les crises d'angine de poitrine signalées quelquefois dans la symphyse cardiaque peuvent également s'y rencontrer. Nous n'avons noté chez aucun de ces malades de tendance à la syncope.

Le pouls est souvent irrégulier, parfois arythmique.

Dans certains cas, il sera possible de rencontrer toute une série de phénomènes propres aux affections qui ont pu se développer. C'est ainsi, par exemple, comme dans le cas de M. le P^r Chauffard, que nous aurons les signes d'une symphyse cardiaque avec médiastinite scléreuse (ondulation pariétale au devant du cœur, de haut en bas, avec mouvement de roulis, pouls paradoxal de Kusmaul, etc., etc.).

Du côté du système veineux aucune observation ne mentionne les compressions pouvant entraîner les œdèmes. Mais du côté du myocarde, le peu d'intensité des bruits du cœur, l'arythmie ne montreraient-ils pas les altérations anatomiques qui s'y seraient produites?

Enfin, l'auscultation attentive des orifices du cœur pourra révéler l'existence de lésions valvulaires comme chez la malade de M. Monier-Vinard.

L'examen des autres organes ne doit pas être négligé ; car il pourra révéler les phénomènes de congestion qui se passent du côté des reins, du foie, ou du poumon, phénomènes dus au surmenage du cœur.

Quel est l'avenir de tels malades ? Evidemment le pronostic doit être réservé non pas tant à cause de leur ectopie cardiaque qu'à cause de leurs lésions pulmonaires le plus souvent d'origine tuberculeuse.

Dans certains cas, la maladie est parfaitement supportée et c'est assez tard que la sinistocardie est remarquée (38 ans pour la malade de M. Monier-Vinard).

Malgré tout, ce sont des malades exposés à la tendance à la syncope et pouvant aboutir à la mort subite. De plus, l'insuffisance cardiaque les guette. Telle la malade de M. Galliard arrivant à l'hôpital en pleine asystolie.

Le pronostic est donc malgré tout réservé. Le diagnostic en est facile. Il s'impose le plus souvent, à condition, toutefois, d'y songer et de ne pas négliger de repérer exactement la situation du cœur notamment au cours des pleurésies et des affections pulmonaires chroniques. La radioscopie sera d'une très grande utilité.

Conclusions

1°) La sinistocardie par attraction est due, d'une façon générale, à des lésions acquises : sclérose pleuro-pulmonaire souvent d'origine tuberculeuse, du côté gauche.

2°) Elle se manifeste dans le cas où le vide de l'hémithorax qui résulte de ces lésions n'est comblé ni par l'ascension du diaphragme ni par la rétraction du gril costal.

3°) Elle peut être latente; elle peut aussi se révéler en clinique par des désordres variés qui conduisent à l'asystolisme.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

- CHALIN et REBATTU. — Dextrocardies acquises, *Paris Médical*, 1912.
- DAVIES. — Soc. Royale de Londres, 18 fév. 1895.
- CHAUFFARD. — *Bulletin Soc. Méd. des Hôpitaux*, 14 f. 1902.
- VARIOT. — 17 avril 1911.
- GALLIARD. — 1 déc. 1916. La sinistocardie par attraction.
- RATGEN. — *Virchow' Archiv*, 1867.
- SCHUCHARD. — Arch. f. path., *Revue de Hayen*, 1807.
- LAUBRY et PEZZI. — Traité des maladies congénitales du cœur.
- VAQUEZ. — Maladies du cœur.
- LESTAGE. — Contribution à l'étude des déplacements du cœur, consécutifs aux épanchements pleuraux avec fixation définitive de l'organe, Th. Bordeaux, 1895.
- GALLIARD. — Attraction du médiastin dans la sclérose pleuro-pulmonaire. *S. M. des Hôp.*, 25 août 1913.

